

علل گوش درد ارجاعی در بیماران مراجعه کننده به کلینیک شهید بهشتی (بابل، ۱۳۷۸)

دکتر کیوان کیاکجوری^{۱*}، دکتر حمیدرضا توکلی^۲

۱- استادیار گروه گوش، حلق و بینی دانشگاه علوم پزشکی بابل ۲- پزشک عمومی

خلاصه: گوش درد یک شکایت شایع بیماران در درمانگاه گوش و حلق و بینی می‌باشد و در گوش درد ارجاعی، معمولاً ممکن است علت اصلی در سر و گردن بوده که بدلیل ارتباطات عصبی به گوش ارجاع می‌شود. این مطالعه به منظور شناخت تنوع گوش دردهای ارجاعی و تشخیص و درمان به موقع آن انجام گرفته است.

مواد و روشها: این مطالعه بر روی بیماران با شکایت گوش درد مراجعه کننده به درمانگاه گوش و حلق و بینی بیمارستان شهید بهشتی بابل انجام شد. سن، جنس، مدت شروع و کیفیت درد، نتیجه معاینه، یافته‌های آزمایشگاهی و اقدامات درمانی قبلی که احیاناً توسط اطباء قبلی انجام شده بود، برای ۱۴۳ بیمار طی سال ۱۳۷۸ در پرسشنامه درج شد.

یافته‌ها: از ۱۴۳ بیمار تحت بررسی ۴۶٪ از بیماران گوش درد ارجاعی داشتند که ۴۰٪ مرد و ۶۰٪ آنان را زنان تشکیل می‌داند. علل گوش درد ارجاعی در این مطالعه بصورت استئوآرتریت مهره‌های گردن ۱۵٪، دندان عقل نهفته ۲۱/۲٪، دندان مولار خراب ۱۳/۶٪ و اختلال در مفصل تمپورومندیولار ۱۳/۶٪ بدست آمد. ۶٪ بیماران گوش درد ارجاعی بعلت کانسر فارنکس داشتند.

نتیجه‌گیری: شایعترین علت گوش درد ارجاعی دندان عقل نهفته می‌باشد. حدود ۴۵٪ از بیماران با گوش درد ارجاعی مشکل دندانی داشتند لذا توجه به وضعیت دندانها در معاینه حائز اهمیت است. با توجه به اینکه کانسر نازوفارنکس، اوروفارنکس و هیپوفارنکس یک علت برای گوش درد ارجاعی می‌باشد لازم است در مواردیکه پاتولوژی در گوش وجود ندارد برای یافتن علت، دقت بیشتری شود.

واژه‌های کلیدی: گوش درد ارجاعی، کانسر فارنکس، اختلال مفصل تمپورومندیولار.

مقدمه

بدلیل سیناپس مشترک، شخص احساس می‌کند که درد عملاً از پوست شروع شده است و این توضیحی برای مکانیسم گوش درد ارجاعی می‌باشد^(۳). گاهی علت‌های مهمی همچون کارسینوم نازوفارنکس، اوروفارنکس و هیپوفارنکس بدنال گوش درد ارجاعی نهفته است^(۱و۴و۵). در یک گزارش ۶ مورد شیرخوار که بدنال رفلاکس گاستروازوفاژیال دچار گوش درد ارجاعی شده بودند معرفی شد^(۶) و همچنین اختلال در مفصل TM یک علت شایع گوش درد

در سال ۱۹۶۳، Tremble قسمتهای مختلف گوش و عصبدهی آنرا توصیف کرد که پایه‌ای برای شناسایی گوش درد بود^(۱). گیرنده‌های شیمیایی در گوش توسط مدیاتورها تحریک شده و پیام عصبی حاصل توسط فیبرهای نوع C به CNS انتقال می‌یابد^(۲). شاخه‌های فیبرهای درد Visceral از طریق بعضی از همان نرون‌های درجه دوم که با فیبرهای درد پوستی سیناپس می‌کنند، مرتبط می‌شوند لذا هنگامیکه فیبرهای درد احشائی تحریک می‌شود

مراجعه بمدت یک ماه در ۴۸٪ بیماران با گوش درد ارجاعی اتفاق افتاده بود که میانگین آن ۵/۵ روز بود. حدود ۶٪ بیماران به کانسر (نازو فارنکس یا هیپوفارنکس یا لارنکس) مبتلا بودند.

جدول ۱. توزیع فراوانی و درصد علل گوش درد ارجاعی در بیمارستان شهید بهشتی بابل طی سال ۱۳۷۸

| فراوانی (%) | تشخیص |
|-------------|------------------------------------|
| ۱۰ (۱۵) | استئوآرتریت مهره های گردن |
| ۱۴ (۲۱/۲) | دندان عقل نهفته |
| ۴ (۶) | فارنژیت |
| ۱ (۱/۵) | آفت اوولا |
| ۶ (۹) | دندان عقل در حال رشد |
| ۲ (۳) | سنیوزیت |
| ۹ (۱۳/۶) | دندان مولار خراب |
| ۱ (۱/۵) | دندان عقل نهفته + دندان مولار خراب |
| ۱ (۱/۵) | کانسر Scc آریتنوئید |
| ۲ (۳) | Post tonsilectomy |
| ۹ (۱۳/۶) | TMJ syndrome |
| ۱ (۱/۵) | پمفیگوس هایپوفارنکس |
| ۲ (۳) | سینوس پریفرم |
| ۱ (۱/۵) | Scc نازوفارنکس |
| ۱ (۱/۵) | آنژین صدری |
| ۱ (۱/۵) | نوموتوراکس خودبخودی |
| ۱ (۱/۵) | سندرم رامسی هانت |
| ۶۶ (۱۰۰) | جمع |

بحث

در منابع خارجی شیوع گوش درد ارجاعی را بیش از ۵۰٪ می‌دانند که این نسبت، با مطالعه ما (۴۶٪) تفاوت داشت. شایعترین علت برای گوش درد ارجاعی دندان عقل نهفته بدست آمد که در مطالعات انجام شده فراوانی برای آن بدست نیامد (۴).

ارجاعی خصوصاً در زنان جوان می‌باشد (۷). در ژاپن در یک مطالعه ۱۵ مورد بیمار مبتلا به سوپراگلوتیت حاد که حین بلع دچار اودینوفاژی به همراه گوش درد می‌شدند، گزارش شد و این بیماری به عنوان یکی از علل گوش درد ارجاعی معرفی گردید (۸). بنابراین باید گفت طیف علل گوش درد ارجاعی وسیع می‌باشد. این مطالعه با هدف تشخیص به موقع و درمان اصولی و صحیح گوش دردهای ارجاعی انجام گرفته است.

مواد و روشها

این مطالعه بر روی بیمارانی که با شکایت گوش درد به درمانگاه گوش و حلق و بینی بیمارستان شهید بهشتی بابل مراجعه کردند، صورت گرفت. ابزار جمع آوری اطلاعات یک برگه پرسشنامه بود که اطلاعات سن، جنس، کیفیت و مدت زمان شروع درد تا مراجعه، زمان شروع درد در طول روز، نتیجه معاینه بالینی و نتیجه آزمایشات درخواستی (در صورت لزوم) و اقدامات درمانی قبلی انجام شده، در آن درج شد. در برخی موارد مشاوره با همکاران انجام شد. پس از جمع‌آوری اطلاعات تجزیه و تحلیل آماری انجام شد.

یافته ها

در کل ۱۴۳ نفر با گوش درد مراجعه کرده‌اند. که از این تعداد ۶۶ نفر (۴۶٪) گوش درد ارجاعی داشتند. ۴۰٪ مرد و بقیه را زن بودند. ۷۲٪ از ۶۶ نفر بیمار با گوش درد ارجاعی کیفیت درد را تیر کشنده، ۲۱٪ خفیف مداوم و ۶٪ شدید مداوم ذکر کردند. شیوع فراوانی و علل گوش درد ارجاعی در جدول ۱ آمده است.

میانگین سنی برای بیماران با دندان عقل نهفته ۱۸ سال، استئوآرتریت مهره‌های گردنی ۵۹ سال، دندان مولار خراب ۲۱ سال و اختلال مفصل تمپورومندیبولار ۳۰ سال بدست آمد. ۴۲ نفر (۶۳/۶٪) از افراد با گوش درد ارجاعی همزمان در عضو و یا اعضاء دیگر سر و گردن درد داشتند. برای ۳۳ نفر (۵۰٪) از بیماران با گوش درد ارجاعی اقدامات (درمانی، تشخیص، پاراکلینیک) بدون اندیکاسیون توسط اطباء قبلی صورت گرفته بود که شامل تجویز قطره‌های گوش، به آنتی‌بیوتیک سیستمیک، مسکن و انجام ادیومتری، شستشوی گوش و جراحی لوزه بوده است. زمان شروع گوش درد تا

بود و در یک مورد برای رفع گوش درد جراحی لوزه بدون اندیکاسیون انجام شده بود که جای تأمل دارد. پمفیگوس هیپوفارنکس، آنژین صدری، نوموتوراکس خودبه‌خودی، سندرم رامسی هانت از علل نادر گوش درد ارجاعی می‌باشند. در مورد پمفیگوس هیپوفارنکس تاکنون بعنوان علتی برای گوش درد ارجاعی معرفی نشده است و بعنوان گزارش مورد مطرح است.

در این مطالعه بیش از ۴۵٪ از علل گوش درد ارجاعی به بیماری‌های دندان مربوط می‌شد لذا برای پزشکان لازم و مهم است در بیماری که معاینه گوش نرمال دارد وضعیت دندانها بررسی شود. چون کانسر سیستم تنفسی فوقانی یکی از علل گوش درد ارجاعی است معاینه فارنکس و لارنکس باید مورد توجه قرار گیرد. در دیگر مطالعات نیز به اهمیت آن تأکید شده است (۱۴و۵). شایعترین اقدام بدون اندیکاسیون استفاده از قطره های گوشی

References

1. Paparella MM, et al. Otolaryngology, 3rd ed. W.B Saunders, USA 1991; pp: 1237-41.
2. Fordham M, Dunn V. Alongside the person in pain, W.B Saunders. Britain 1994; PP: 26-8.
3. Gyton A. The textbook of medical physiology, 8th ed. Saunders, USA 1996; pp:1238-9.
4. Steiner W. Early detection of cancer in the upper aerodigestive tract. Part1 Hno J 1993; 41(7): 360-7.
5. Rareshide EH, Amedee RG. Referred otalgia. J La State Med Soc 1990; 142(6): 7-10.
6. Gilbson WS, Cochran W. Otolgia in infants and children a manifestation of gastroesophageal reflux. Int J Pediat-Otorhinolaryngol 1994; 28(2-3): 213-8.
7. Miles Foxen EH. Disease of the ear, nose & throat. 2nd ed, S.S Tcheher 1983; pp:122-3.
8. Kimor H, et al. Clinical study of acute supper glottitis as a disease entity. Nippon Jibiikoka Gakkai Kaiho 1997; 100(5): 518-23.